

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Benötigt der Patient Hilfe beim			
	gelegentlich nein häufig ständig		gelegentlich nein häufig ständig
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen(aus dem Bett)
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient			
	gelegentlich nein häufig ständig		gelegentlich nein häufig ständig
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Patient bettlägerig?
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Inkontinenz vor?			
	gelegentlich nein häufig ständig		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/>	Stressinkontinenz	Reflexinkontinenz
	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>
Überlaufinkontinenz			<input type="checkbox"/>
Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?			
Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)			
Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art?)			
Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?)			
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau			

bezeichnen)

Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisierung Schmerzdiagnose)			
Diagnose			
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?			
Liegen Informationen zu MRSA vor?	ja		, nämlich:
	nein		
Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)			
Hinweise, Bemerkungen			
	Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person		Stempel und Unterschrift des Arztes
	Ort, Datum		

